Die Fälle von künstlicher Lösung der Placenta und deren Folgen (1890—1900).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

vorgelegt von

Erich Rosenthal,
approb. Arzt aus Hannover.

München, 1902.
Kgl. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Die Fälle von künstlicher Lösung der Placenta und deren Folgen (1890—1900).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

vorgelegt von

Erich Rosenthal,
approb. Arzt aus Hannover.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

München, 1902.
Kgl. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Geheimrat Prof. Dr. von Winckel.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552320_0116

Wenn man berücksichtigt, dass bei dem heutigen Stande der Medizin eine grosse Anzahl von Frauen infolge von Blutungen in der Nachgeburtsperiode oder infolge von Eingriffen wegen Unregelmässigkeiten, die in dieser Geburtsperiode auffallend häufig sind, das Leben lassen muss oder für längere Zeit an das Krankenlager gefesselt ist, muss man sich sagen, dass die Frage: „Wie sollen wir die Behandlung der Nachgeburtsperiode leiten?“ noch immer keine Lösung gefunden hat, die sich allen Anforderungen anpasst.

Auf die Geschichte der Behandlung der Nachgeburtsperiode einzugehen, liegt nicht in dem Rahmen dieser Arbeit. Näheres darüber findet sich im „Lehrbuch der Geburtshilfe“ von F. v. Winckel, II. Aufl., Leipzig 1893, und in der Inaugural-Dissertation „die manuelle Lösung der Placenta“ von A. A. Circler, Berlin 1893.

Nachdem seit Ende der 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts das Verfahren von Credé das vorherrschende war, hat man sich jetzt immer mehr auf die Methode des Wartens verlegt. Die Ausführung derselben ist jedoch nach den unten genannten Autoren eine verschiedene. Mehr oder minder übt das Credésche Verfahren noch einen grossen Einfluss aus.

Das Verfahren, welches Ahlfeld einschlägt, ist folgendes (cf. „Die deutsche Klinik am Anfang des 20. Jahrhunderts“, Bd. IX, S. 107 ff.): Nach der Geburt des Kindes überzeugt er sich durch wiederholtes Nachsehen, ob eine Blutung eingetreten ist, vermeidet es jedoch, bei sonst normalen Verhältnissen, den Leib oder die Gebärmutter zu betasten. Zeigt

sich kein bedrohliches Symptom, das auf eine versteckte Blutung deuten könnte, so lässt er die Halbentbundene 1 1/2 bis 2 Stunden ruhig schlafen. Während dieser Zeit haben sich die Eihäute hinter der tief herabgerückten Placenta gelöst und sind ebenfalls tiefer gerückt. Jetzt wartet er die spontane Ausstossung nicht mehr ab, sondern entfernt die Nachgeburt durch äussere Handgriffe. Er benützt die durch Reibungen an ihrer Oberfläche zu kräftiger Kontraktion zusammengezogene Gebärmutter, um, indem er sie kräftig gegen den Beckeneingang und die unteren Lendenwirbel drückt, einen Druck auf die Placenta und ihr Hämatom auszuüben. Dadurch wird der unterste Teil der Placenta durch die Schamspalte herausgedrängt und unter Anwendung der Bauchpresse folgt gewöhnlich der übrige Teil und das Blut nach. Diesen Verlauf hat Ahlfeldt in 75% aller Geburten an seiner Klinik beobachtet.

Schauta vereinigt diese obengenannte Methode mit dem Credéschen Verfahren (cf. „Lehrbuch der gesamten Gynäkologie“ von F. Schauta, Leipzig und Wien 1896). Nach seinen Untersuchungen ist der Blutverlust bei abwartender Methode ein grösserer als bei aktiver. Besonders pathologische Blutverluste sollen dabei in grösserer Anzahl beobachtet worden sein. Da das Ahlfeldtsche Verfahren schliesslich doch in eine Expression der Placenta übergeht, schliesst er letztere sofort an die Lösung der Placenta an, die nach längstens einer halben Stunde beendet ist. Unter 100 Fällen, die auf diese Weise behandelt wurden, ging die Placenta in 13 Fällen vor Ablauf der ersten halben Stunde spontan ab; in 86 gelang die Expression nach Ablauf dieser Zeit. Nur in einem Fall geschah der Abgang in der zweiten halben Stunde. Die Blutverluste stellten sich dabei geringer, als bei anderen Methoden. Namentlich pathologische Blutungen kamen weit seltener vor.

Das Verfahren, das Runge an der Göttinger Klinik eingeführt hat, lehnt sich eng an das Credésche an, jedoch mit

dem Unterschied, dass er die Expression der Placenta nach ihrer Lösung 30 Minuten nach der Geburt des Kindes vornimmt (cf. „Lehrbuch der Geburtshilfe“ von M. Runge, Berlin 1899).

An der Münchener Klinik wird seit fast zehn Jahren folgendes Verfahren beobachtet (cf. Winckel oben): Nach der Ausstossung des Kindes wird der Stand des Uterus nachgesehen und geprüft, ob der Fundus gut kontrahiert ist. Der Frau wird geraten, beim jedesmaligen Eintritt einer Wehe, die Bauchpresse anzuwenden. Weder auf den Fundus, noch das untere Uterinsegment wird gedrückt. Nur dann ist ein aktives Vorgehen berechtigt, wenn die Menge des abfliessenden Blutes grösser als gewöhnlich ist, oder die Anwendung der Bauchpresse nicht ausreicht oder bei nicht vermehrtem Blutabgang die mittlere Dauer der Nachgeburtsperiode, d. h. ein Zeitraum von zwei Stunden, überschritten ist. Dann ist zunächst das Verfahren von Credé indiziert.

Der eben genannte verzögerte Austritt der Placenta kann seinen Grund in einer Anomalie der treibenden Kräfte, in einer Behinderung des Austritts der Placenta oder in abnormer Adhärenz derselben an der Uteruswand haben.

Wehenschwäche und Krampfwehen gehen oft von den ersten beiden Geburtsperioden in die letzte mit hinüber. In letzterer entstehen sie nach überstürzter Geburt, bei angestrengter und langdauernder Anstrengung, wodurch das Organ ermüdet, oder, wenn im Verlaufe der Geburt Quetschungen oder Verletzungen stattgefunden haben, die bei den auftretenden Wehen stark schmerzhaft sind. Vorzeitige, unzweckmässige und ungeschickte Versuche, die Placenta zu lösen, Zerrungen an der Nabelschnur können sehr oft zu einer Verzögerung des Austrittes der Placenta führen, da sie zu einer spastischen Striktur des Uterus führen können. Nach Erkenntnis der Striktur ist jede weitere Reizung des Uterus verboten. Man wartet einige Zeit, ob sich dieser ab-

norme partielle Kontraktionszustand des Uterus lösen wird, dann lässt man einige Züge Chloroform einatmen, gibt eine Spritze Morphium in die Bauchdecken, wodurch rasch eine Erschlaffung herbeigeführt wird, und kann jetzt aktiv vorgehen.

Die dritte Ursache des verzögerten Austritts der Placenta ist ihre abnorme Adhärenz. Das Vorkommen derselben ist jedoch seit Einführung des Verfahrens von Credé, besonders seitdem die abwartende Methode der Behandlung angewendet wird, gegen früher weit seltener geworden und wird die Diagnose auf Adhärenz der Placenta nur dadurch sicher gestellt, dass die in den Uterus eingegangene Hand gewisse Anstrengungen machen muss, um die Placenta von der Uteruswand abzulösen.

Über die abnorme Adhärenz äussert sich Th. Langhans (cf. Archiv für Gynäkologie 8. Die Lösung der mütterlichen Eihäute) wie folgt: Er untersuchte die histologische Beschaffenheit der Septa zwischen den Drüsenampullen. Normalerweise fand er zahlreiche Zellen mit wenig Intercellularsubstanz, also sehr lockeres Gewebe; bei adhärenten Placenten, deren künstliche Lösung mit völliger Erhaltung der Serotina möglich war, fand er in den tieferen Schichten derselben und in den Septen eine starke Vermehrung der Intercellularsubstanz. Dabei waren die Zellen meist klein und von Spindelform. Zweitens fand er eine mangelhafte Ausbildung der Drüsenampullen, die er auf eine eventuelle frühere Endometritis zurückführt. Dieselben Ausführungen gibt Dr. J. Neumann (cf. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 4. 1896) in seinem „Beitrag zur Lehre von der Anwachsung der Placenta“ wieder und fügt, anschliessend an den ihm vorliegenden Fall, Folgendes hinzu: An den Stellen, wo die Placentarreste der Uteruswand fest anhafteten, fehlt die Serotina vollständig. Chorionzotten stehen hier direkt mit der Muskulatur oder mit der Wand von Gefässsinus, welche an der Oberfläche ausmünden, in Verbindung.

In diese letzeren findet man das Placentargewebe tief hineingewuchert und an der Gefässwand haftend. Die Chorionzotten zeichnen sich durch einen breiten syncytialen Überzug und die Grösse der Kerne des Chorionbindegewebes aus. In den Muskelschichten, an denen Chorionzotten haften, findet man ein Auswachsen des interstitiellen Bindegewebes neben normalen oder hyalin degenerierten Muskelfasern, in den Gefässen an den Stellen der Haftung Fehlen des Endothels und gleichfalls bindegewebige Verdichtung des umgebenden Gewebes. Er hält diese Veränderungen für reaktionäre Vorgänge, da er nirgends deutliche Zeichen einer Entzündung findet. Den mitgeteilten Befund an den Chorionzotten bezeichnet er als eine Hypertrophie der Placenta.

Für die Ätiologie der Placentarverwachsung gibt Cohnstein (cf. Archiv für Gynäkologie 36. 1889) in seinen „Beiträgen zur Placentarverwachsung“ die Endometritis an, mit deren Beseitigung er sowohl einer Verwachsung wie auch anderen Geburtsstörungen vorbeugen will.

An der Münchener Frauenklinik kamen in den Jahren 1890—1900 folgende Fälle von künstlicher Placentarlösung zur Beobachtung. —

Ich teile dieselben naturgemäss in zwei grosse Gruppen ein; A. in die Fälle, welche in Genesung ausgingen und B. diejenigen, welche letal endigten.

Die ersteren zerfallen nochmals in zwei Gruppen, a) in die Fälle, deren Wochenbett innerhalb der physiologischen Grenzen verlief, b) in solche, bei denen im Verlauf des Wochenbettes pathologische Veränderungen hinzukamen.

A.

Diejenigen Fälle, welche in Genesung ausgingen, bei denen

a) **das Wochenbett in physiologischen Grenzen verlief.**

Lauf. Nr.	Datum Jahr Journal-Nr.	Name Alter Para	Indikation zum operativen Eingriff Verlauf des Wochenbettes.	Entlassung
1	12. III. 1891. J.-Nr. 240.	St. A. 35 J. XI. para	Blutverlust von 2000 gr. Ohne Beschwerden. Temperatur bis 37,9.	Entlassen am 27. III. Nach 15 Tagen.
2	24. VII. 1892. J.-Nr. 532	Br. A. 34 J. XII. p.	Retentio placentae. Pl. 4 Tage p. p. gelöst. Ohne Beschwerden. Temperatur bis 37,8.	Entlassen am 1. VIII. Nach 8 Tagen.
3	5. IX. 1893 J.-Nr. 616.	R. E. 36 J. VI. p.	Blutverlust von 1000 gr. Ohne Beschwerden. Temperatur 37,3.	Entlassen am 14. IX. Nach 9 Tagen.
4	15. X. 1893. J.-Nr. 726.	St. A. 38 J. XII. p.	Blutverlust von 625 gr. Ziemlich bedeutende Nachblutung; geringer, übelriechender Ausfluss. Temperatur bis 37,9.	Entlassen am 25. X. Nach 10 Tagen.
5	3. XII. 1894. J.-Nr. 899.	M. M. 34 J. I. p.	Blutverlust von 1700 gr. Keine Beschwerden. Temperatur bis 37,7.	Entlassen am 15. XII. Nach 12 Tagen.
6	30. XI. 1895. J.-Nr. 887.	B. P. 40 J. II. p.	Blutverlust? Schmerzen in den Brüsten Uterus etwas nach rechts verlagert. Temperatur bis 37,6.	Entlassen am 30. XII. Nach 30 Tagen.
7	15. IV. 1897. J.-Nr. 313.	M. R. 38 J. III. p.	Blutverlust von 1700 gr. Starker Ausfluss. Sonst keine Beschwerden. Temperatur bis 37,8.	Entlassen am 26. IV. Nach 11 Tagen.
8	21. X. 1897. J.-Nr. 934.	Kr. A. 17 J. II. p.	Blutverlust von 500 gr. Placenta accreta. Etwas eitriger Ausfluss. Schmerzen im r. Parametrium. Temperatur bis 37,9.	Entlassen am 31. X. Nach 10 Tagen.

Lauf. Nr.	Datum Jahr Journal-Nr.	Name Alter Para	Indikation zum operativen Eingriff Verlauf des Wochenbettes	Entlassung
9	22. XI. 1898. J.-Nr. 1104.	Kr. J. 35 J. III. p	Blutverlust? Retention einer Schwiele. Ohne Beschwerden. Temperatur bis 37,8.	Entlassen am 5. XII. Nach 13 Tagen.
10	15. XI. 1899. J.-Nr. 1165.	M. F. 36 J. III. p.	Blutverlust? Keine Beschwerden. Temperatur bis 37,0.	Entlassen am 22. XI. Nach 7 Tagen
11	10. II. 1900. J.-Nr. 179.	L. M. 24 J. III. p.	Blutverlust? Keine Beschwerden. Temperatur bis 37,8.	Entlassen am 16. II. Nach 6 Tagen.
12	16. V. 1900. J.-Nr. 622.	B. B. ? ?	Blutverlust? Keine Beschwerden. Temperatur bis 37,2.	Entlassen am 22. V. Nach 6 Tagen.
13	17. VII. 1900. J.-Nr. 945.	Kl. M. 35 J. VII. p.	Blutverlust? Etwas Kopfschmerz und Husten. Sonst keine Beschwerden. Temperatur bis 37,7.	Entlassen am 4. VIII. Nach 18 Tagen.

b) **pathologische Veränderungen hinzutraten.**

α) **Fälle mit subfebrilem Fieberverlauf.**

14	23. I. 1890. J.-Nr. 48.	St. A. 33 J. X. p.	Retentio placentae. Keine Beschwerden. Temperatur bis 38,3.	Entlassen am 11. II. Nach 19 Tagen.
15	15. VI. 1891. J.-Nr. 526.	H. L. 19 J. I. p.	Blutverlust von 1250 gr. Keine Beschwerden. Temperatur bis 38,3.	Entlassen am 24. VI. Nach 9 Tagen.
16	2. XI. 1891. J.-Nr. 892.	W. A. 42 J. XIX. p.	Retentio placentae. Nach der Operation Collaps. Später keine Beschwerden. Temperatur bis 38,2	Entlassen am 20. XI. Nach 18 Tagen.
17	27. III. 1893. J.-Nr. 522.	M. A. 21 J. I. p.	Blutverlust von 700 gr. Keine Beschwerden. Temperatur bis 38,3.	Entlassen am 5. IV. Nach 9 Tagen.

Nr. Lauf.	Datum Jahr Journal-Nr.	Name Alter Para	Indikation zum operativen Eingriff Verlauf des Wochenbettes	Entlassung
18	7. VII. 1894. J.-Nr. 522.	W. E. 22 J. I. p.	Blutverlust von 800—900 gr. Äussere Genitalien stark ödematös und schmerzhaft. Sonst keine Beschwerden. Temperatur bis 38,3.	Entlassen am 24. VII. Nach 17 Tagen.
19	11. IV. 1895. J.-Nr. 289.	Fr. R. 25 J. III. p.	Retentio placentae. Keine Beschwerden. Temperatur bis 38,1.	Entlassen am 18. IV. Nach 7 Tagen.
20	19. VIII. 1895. J.-Nr. 627.	St. A. 39 J. XIII. p.	Blutverlust von 900 gr. Übelkeit. Ekzem der Bauchhaut. Leichte Schrunden der Brustwarze. Sistierung der Milchsekretion. Temperatur 37,8.	Entlassen am 31. VIII. Nach 12 Tagen.
21	4. IV. 1897. J.-Nr. 281.	H. C. 39 J. XIII p.	Blutverlust? Grosse Mattigkeit. Sonst keine Beschwerde. Temperatur bis 38,0.	Entlassen am 15. IV. Nach 11 Tagen.
22	1. III. 1900. J.-Nr. 266.	H. B. 37 J. V. p.	Blutverlust von 2200 gr. Erbrechen und Kopfschmerz. Sonst keine Beschwerden. Temperatur bis 38,0.	Entlassen am 12. III. Nach 11 Tagen.
23	2. X. 1900. J.-Nr. 1192.	Dr. M. 21 J. I. p.	Blutverlust von 500 gr. Plac. 36 Stunden p. p. gelöst. Keine Beschwerden. Temperatur bis 38,3.	Entlassen am 7. X. Nach 5 Tagen.

β) **Fälle mit febrilen Temperaturen.**

24	17. II. 1891. J.-Nr. 173.	E. L. 25 J. III. p.	Blutverlust von 2450 gr. Keine Beschwerden. Temperatur bis 38,4.	Entlassen am 27. II. Nach 10 Tagen.
25	2. V. 1891. J.-Nr. 397.	R. B. 23 J. ? p.	Blutverlust von 1690 gr. Keine Beschwerden. Temperatur bis 38,9.	Entlassen am 14. V. Nach 12 Tagen.
26	14. IV. 1892. J.-Nr. 270.	J. F. 35 J. V. p.	Blutverlust? Mässige Fröste, Seitenstechen, übelriechender Ausfluss. Temperatur bis 38,8.	Entlassen am 1. V. Nach 16 Tagen.

Lauf. Nr.	Datum Jahr Journal-Nr.	Name Alter Para	Indikation zum operativen Eingriff Verlauf des Wochenbettes	Entlassung
27	21. V. 1892. J.-Nr. 368.	B. J. 30 J. I. p.	Blutverlust von 1000 gr. Eitriger Ausfluss, sonst keine Beschwerden. Temperatur bis 39,8.	Entlassen am 6. VI. Nach 17 Tagen.
28	23. X. 1892. J.-Nr. 771.	E. M. 33 J. XI. p.	Blutverlust von 1100 gr. Ohrensausen, Schwindel, Erbrechen, Fröste. Temperatur bis 40,0.	Entlassen am 30. X. Nach 7 Tagen.
29	28. XI. 1894. J.-Nr. 887.	R. Th. 37 J. VI. p.	Blutverlust von 1600 gr. Kopf- und Leibschmerzen. Temperatur bis 39,4.	Entlassen am 19. XII. Nach 21 Tagen.
30	25. IX. 1896. J.-Nr. 745.	T. Cr. 28 J. IV. p.	Blutverlust von 1600 gr. Eitriger Ausfluss, Schüttelfröste. Temperatur bis 40,9.	Hat die Klinik verlassen am 4. X. Nach 9 Tagen trotz Abratens des Arztes.
31	8. V. 1897. J.-Nr. 391.	R. M. 19 J. II. p.	Blutverlust von 1600 gr. Stechen in der Brust beim Husten. Sonst keine Beschwerden. Temperatur bis 39,4.	Entlassen am 14. V. Nach 6 Tagen.
32	8. II. 1899. J.-Nr. 153.	W. A. 33 J. IV. p.	Blutverlust von 1500 gr. Leibschmerzen. Beide Parametrien schmerzhaft. Temperatur bis 39,0.	Entlassen am 22. II. Nach 14 Tagen.
33	5. III. 1899. J.-Nr. 247.	N. M. 35 J. I. p.	Blutverlust von 1500 gr. Kopfschmerzen, eitriger Ausfluss. Sonst keine Beschwerden. Temperatur bis 39,0.	Entlassen am 19. III. Nach 14 Tagen.
34	11. II. 1900. J.-Nr. 190.	Kl. S. 25 J. III. p.	Blutverlust? Keine Beschwerden ausser Kopfschmerzen. Temperatur bis 39,6.	Entlassen am 23. II. Nach 12 Tagen.

B.

Folgende fünf Fälle hatten letalen Ausgang.

I. 10. I. 1890. Journal-Nr. 24.

S. K., 26. Jahre alt, I. p.

W. wurde poliklinisch von einem Kinde in zweiter Steisslage, Maceration II°, entbunden. Da die Placenta nicht folgte, der Credé zweimal erfolglos angewendet wurde, wurde sie in die Klinik geschafft, wo 21 Stunden p. p., am 11. I. 1890, 9½ Uhr a. m., nochmals der Credé, dieses Mal in Narkose, versucht wurde und zwar wieder ohne Erfolg. Die Placenta, die stark adhärent war, wurde manuell gelöst. Hierauf wurde die Uterushöhle mit Jodoformgaze tamponiert, eine Eisblase aufs Abdomen gelegt und der ziemlich schwachen Puerpera Wein gegeben.

Wochenbettsjournal.

Tag	Temp.	Puls	Wochenbett	Ordination
12. I.	38,6		Leib weich, nicht empfindlich.	Eisblase.
	39,7	96	Uterus ziemlich gut kontrahiert. Fundus in Nabelhöhle. Äussere Genitalien etwas geschwollen. Lochien ziemlich reichlich.	Zweimal katheterisiert. Später Enurese spontan.
13. I.	38,8		Jodoformgaze aus dem Uterus entfernt. Sie ist kaum blutig verfärbt. Keine Blutung nachher.	1 gr Chinin. Eisblase aufs Abdomen.
	40,0	96		
14. I.	38,1		Subjektiv nur leichtes Brennen in den Augen bei Lichteinwirkung und Kopfschmerzen.	
	39,7	100	Uterus gut kontrahiert, zwei Querfinger unter dem Nabel; nicht druckempfindlich. Enuresis spontan. Zweimal Stuhl. Leib leicht aufgetrieben, nirgends empfindlich.	0,5 Chinin.
15. I.	39,6	104	Letzte Nacht die beste seit der Operation. Wöchnerin hat ziemlich lange und erquickend geschlafen.	

Tag	Temp.	Puls	Wochenbett	Ordination
15. I.			Morgens geringe Kopfschmerzen, starkes Hitzegefühl, grosser Durst, wenig Appetit. Zweimal Stuhl, spontan Tags zuvor.	Einen Esslöffel Ricinusöl.
			Brüste nichts Besonderes. Leib nicht aufgetrieben, auch auf starken Druck nicht empfindlich. Der Fundus steht 1½ Finger unter dem Nabel. Uterus nicht druckempfindlich. Genitalien nicht geschwollen, nicht gerötet. Ausfluss fehlt, da der Uterus noch mit Jodoformgaze tamponiert, die heute morgen spontan ausgestossen wurde. Sie ist nicht übelriechend.	Keine Eisblase, weil W. Frost darnach bekommen hat und sich ohne Blase wohler fühlt.
	40,2	116	Sie klagt über Kopfweh, Ohrensausen, Augenschmerzen, Hitzegefühl, im Laufe des Nachmittags etwas Frost, Durst und Appetitmangel. Schnupfen und Husten fehlen. Leib selbst bei tiefem Druck unempfindlich. Einmal Stuhl.	3 mal Creolinausspülung. Eisblase.
16. I.	39,3	96	Hat wenig geschlafen und gibt der Eisblase Schuld daran. Morgens Klagen über Kopfweh. Die anderen Symptome zurückgegangen. Leib unempfindlich. Ausfluss übelriechend.	1 gr Chinin. Eisblase.
	40,3	98	Kopfschmerz nachgelassen. Bis auf Ohrensausen befindet sie sich wohler. Etwas Mattigkeit und Durst. Keine Klagen über Hitze, Appetitlosigkeit. Leib auf starken Druck im l. Hypogastrium empfindlich.	1 gr Chinin. Vier Creolin-Ausspülungen.
17. I.	38,1	96	Befinden gut. Kein Kopfschmerz. Ziemlich matt.	
	40,0	108	Leib nicht empfindlich. Es wird ein Stück sehr schlecht riechende Jodoformgaze abgestossen. Dreimal Stuhl.	0,5 Chinin. Drei Creolin-Ausspülungen.
18. I.	39,9	108	Wiederauftreten von Augen- und Kopfschmerzen, Ohrensausen. Mässiges Hitzegefühl und Durst. Einmal vormittags Frieren.	Eine Creolin-Ausspülung. 1,0 Chinin.

Tag	Temp.	Puls	Wochenbett	Ordination
18. I.			Appetit nicht besonders. Zweimal Stuhl. Sie hört, seitdem sie Chinin bekommen hat, schlecht. Leib unempfindlich. Ausfluss etwas übelriechend.	
	40,1	88	Ziehende Schmerzen, vom Kreuz ins linke Bein ausstrahlend. Befinden sonst wohl.	Drei Creolin-Ausspülungen.
19. I.	38,7	100	Hat ziemlich gut geschlafen. Morgens 8 Uhr Schüttelfrost von ½stündiger Dauer. Darauf Hitzegefühl. Grosser Durst, kein Appetit.	1,0 Chinin.
	39,0	72	Befindet sich wohl. Stuhl 0.	
20. I.	40,6	102	Nachts nicht gut geschlafen. Ziehende Schmerzen wie tags zuvor. Grosses Hitzegefühl, kein Frost. Leib unempfindlich Ausfluss übelriechend.	Einen Esslöffel Ricinusöl. 1,0 Chinin. Drei Creolin-Ausspülungen.
	40,6	90	Starker Schüttelfrost. Nach demselben starkes Erbrechen.	
21. I.	39,7	108	Hat wenig geschlafen. Morgens Schüttelfrost. Oppressionsgefühl auf der Brust. Sie ist so matt, dass sie sich nicht selbst waschen kann. Die ziehenden Schmerzen sind noch vorhanden. Leib unempfindlich. Genitalien ohne Besonderheit.	Ung. cinor. zur Einreibung der unteren Extremität.
	40,3	112	Im Laufe des Tages kein Frost. Einmal Erbrechen. Grosse Mattigkeit und Apathie. Respirationsbeschleunigung. Objektiv an den Lungen kein Befund.	Drei Creolin-Ausspülungen. 1 gr Chinin.
22. I.	39,6	108	Hat unruhig geschlafen. Gesamteindruck besser. Kein Schüttelfrost. Hitze und Durst. Atmung langsamer.	Ein Esslöffel Ricinusöl.
	38,6	90	Nachmittags ein Schüttelfrost. Allgemeinbefinden ziemlich gut. Einmal Stuhl.	Drei Ausspülungen. Drei Einreibungen.
23. I.	39,6 38,5	78 96	Hat nicht geschlafen, sehr matt, aber sonst wohl. Leib unempfindlich. Ein Schüttelfrost mit nachfolgendem starken Schwitzen, das den ganzen Nachmittag anhielt. Sonstiges Befinden gut. Atmung etwas beschleunigt.	2 gr Chinin. Drei Ausspülungen. Drei Einreibungen.

Tag	Temp.	Puls	Wochenbett	Ordination
24. I.	40,6	104	Hat wenig geschlafen. Morgens ein Schüttelfrost. Atmung beschleunigt. Während des Frostes Seitenstechen. Leib unempfindlich. Etwas übelriechender Ausfluss.	1 1/2 gr Chinin. Ein Esslöffel Ricinusöl.
	39,4	100	Klagen über erschwertes Atemholen. Atmung beschleunigt. Auf der Brust links hinten einzelne Rasselgeräusche.	Zwei Ausspülungen. Drei Einreibungen.
25. I.	40,1	104	Morgens einmal Erbrechen. Schlaf etwas besser. Grosse Mattigkeit. Lungenbefund: beiderseits hinten unten gedämpfter Schall. Abgeschwächtes Atmen. Einzelne Rasselgeräusche. Bimanuelle Untersuchung durch Herrn Geheimrat. Muttermund geschlossen. Uterus leicht beweglich. Linkes Parametrium frei, rechts fixiert. Ueber der rechten Spina strangartige Resistenz, grösseres thrombosiertes Gefäss. Lunge: Vesikuläratmen verschärft. Herztöne rein. Milz palpabel 13 : 8 1/2. Klagen über Atembeschwerden, die objektiv nicht wahrnehmbar sind.	Flüssigkeits-Aufnahme ca. 5 l. Urin ca. 660 ccm. Stuhl 0.
	38,8	100	Nachmittags ein Schüttelfrost. Beginnender Decubitus.	
26. I.	38,1	102	Befindet sich wohler, ist kräftiger und heiterer als seit langer Zeit. Leib unempfindlich. Lungenbefund: hinten unten beiderseits Dämpfung. Abgeschwächtes Vesikuläratmen. Leber scheint vergrössert. Dämpfung reicht bis zum unteren Rande der V. Rippe.	Ein Esslöffel Ricinusöl. Wasserkissen.
	39,1	96	Allgemeinbefinden befriedigend.	
27. I.	37,6	96	Hat bis Mitternacht gut geschlafen. Befindet sich morgens wohl. Atmung ruhig. Mittags etwas Frostgefühl.	
	40,3	108	Atmung beschleunigt und vertieft. Einmal etwas Stuhl.	

Tag	Temp.	Puls	Wochenbett	Ordination
28. I.	40,2	108	Hat gut geschlafen. Morgens ein starker Schüttelfrost. Sie ist ziemlich matt. Puls schnell und kräftig. Atmung beschleunigt. Allgemeinzustand nicht besorgniserregend. Decubitus unverändert. Leib unempfindlich.	
	38,5	90	Sie klagt über Druckgefühl in der Herzgrubengegend. Auf einen Einlauf einmal Stuhl.	
29. I.	39,5	108	Sie schwitzt sehr stark. Puls ziemlich kräftig. Atmung etwas vertieft. Druckgefühl besteht noch. Leib unempfindlich.	
	40,2	116	Allgemeinzustand wie tags zuvor. Die Beine nicht ödematös, etwas auf Druck empfindlich.	
30. I.	38,3	102	Hat ziemlich gut geschlafen. Befindet sich wohler als gestern. Nachts einmal Erbrechen. Das Bad ist ihr gut bekommen.	Ein Bad von 28°R, darnach kalte Einwickelung.
	40,1	100	Hat einmal etwas erbrochen. Oppressionsgefühl auf der Brust. Kein Stuhl.	2,0 Chinin.
31. I.	38,9	96	Hat unruhig geschlafen. Fühlt sich sehr matt. Atmung tief, nicht angestrengt. Kein Brechen. Leib unempfindlich.	Ein Esslöffel Ricinusöl. 1 1/2 gr Chinin.
	39,4	96	Kein Frost. Bisher kein Brechen. Atmung ruhig.	0,5 Chinin.
1. II.	37,2	88	Nachts ziemlich unruhig. Morgens Erbrechen.	
	38,4	108	Puls beschleunigt. Sonst subjektives Wohlbefinden. Abends ein leichter Frostanfall.	2,0 Chinin.
2. II.	39,1	90	Hat gut geschlafen. Morgens Erbrechen.	1,5 Chinin.
	38,9	92	Hat sich tagsüber wohl befunden.	
3. II.	39,3	108	Hat ruhig geschlafen. Keine Klagen. Etwas Hitzegefühl.	
	39,3	108	Starkes Ohrensausen. Decubitus unverändert.	
4. II.	37,0	102	Hat gut geschlafen. Klagen über Mattigkeit und Ohrensausen. Morgens ein leichter Frostanfall.	2,5 Chinin.

Tag	Temp.	Puls	Wochenbett	Ordination
4. II.	39,7	90	Starker Schweissausbruch. Erbrechen, Kopfschmerz. Gesicht sehr blass. Haut brennend heiss.	
5. II.	37,6	92	Hat nachts ziemlich gut geschlafen. Kein Frost oder Erbrechen. Keine Kopfschmerzen. Immer noch Ohrensausen.	
	38,8	84	Abdomen nicht druckempfindlich. Etwas Hitzegefühl. Stechen im linken Auge.	
6. II.	37,0	96	Hat nachts gut geschlafen. Kopfschmerz hat nachgelassen. Decubitus nicht vergrössert. Ohrensausen hat nachgelassen. Klagen über starken Durst.	
	38,3	96	Auf Weingenuss starkes Erbrechen. Stechende Schmerzen im rechten Fuss.	Hochlagern des rechten Beins.
7. II.	37,2	84	Hat gut geschlafen. Morgens langdauernder Schüttelfrost. Erbrechen auf Wein und Cognak. Die Schmerzen im Bein sind geringer.	
	37,2	110	Kopfschmerz und Schmerz im Bein nicht vorhanden. Schmerzen im Unterleib, der gering druckempfindlich ist.	
8. II.	39,7	120	Hat nicht gut geschlafen. Morgens ein kurzer heftiger Frost. In den rechten Zehen Schmerzen. Ohrensausen. Lungen zeigen keine Dämpfung, nur verschärftes Exspirium. Milz vergrössert.	Eisblase.
	37,7	100	Tagsüber keine Schmerzen. Erbrechen des genossenen Weines.	
9. II.	40,1	104	Nachts schlecht geschlafen. Morgens Schüttelfrost von $^1/_2$ stündiger Dauer. Kopfschmerzen. Ohrensausen. Kann die Zehen des rechten Fusses nicht bewegen.	
	39,5	104	Fühlt sich abends etwas wohler. Keine Kopfschmerzen. Klagen über Ohrensausen. Kann nicht gut expektorieren.	

Tag	Temp.	Puls	Wochenbett	Ordination
10. II.	37,2	92	Hat gut geschlafen. Kein Erbrechen oder Frost. Schmerzen im rechten Fuss. Ohrensausen.	
	39,5	108	Mittags starker Schüttelfrost. Kein Erbrechen. Grosse Mattigkeit. Rechtes Bein im unteren Drittel geschwollen.	
11. II.	37,0	96	Hat schlecht geschlafen. Starkes Ohrensausen. Nachts einmal Erbrechen.	
	39,3	100	Decubitus etwas vergrössert, mit weisslich-grauem Belag. Subjektives Wohlbefinden. Schmerzen in den Zehen.	
12. II.	37,6	94	Hat wenig geschlafen. Ohrensausen. Der Knöchel des rechten Fusses etwas ödematös. Abends starker Schüttelfrost.	
	39,1	108	Puls klein und jagend.	
13. II.	37,3	92	Hat nicht gut geschlafen. Fühlt sich mässig wohl. Nach dem gestrigen Schüttelfrost zweimal Erbrechen, das sich nachts wiederholte. Keine Kopfschmerzen, dagegen starkes Ohrensausen. Ödem des rechten Fusses noch vorhanden.	
	39,2	108	Starkes Hitzgefühl, kein Frost.	
14. II.	37,4	96	Hat sehr schlecht geschlafen. Das Ödem hat zugenommen. Seit zwei Tagen kein Erbrechen. Mittags starker Schüttelfrost.	
	39,1	96	Appetit gut. Stuhl vorhanden.	
15. II.	36,3	112	Hat nicht geschlafen, fühlt sich sehr matt. Zunge sehr belegt. Appetit mässig.	
	39,0	120	Abends heftiger Schüttelfrost. Sie sieht blass und kachektisch aus. Decubitusränder gerötet.	
16. II.	36,7	84	Hat wenig geschlafen. Subjektive Angaben sehr unzuverlässig. Objektiv ist nichts bemerkbar. Sie lässt seit zwei Tagen Urin und Kot unter sich gehen.	
	38,9	120	Abends hat sie einen starken Schüttelfrost.	Eine Morphium- u. zwei Äther-Injektionen.

Tag	Temp.	Puls	Wochenbett	Ordination
17. II	36,8	92	Hat ziemlich gut geschlafen. Morgens 2 Uhr Schüttelfrost von ½stündiger Dauer. Aussehen kachektisch. Puls klein. Atmung regelmässig. Ödem noch vorhanden. Mittags kurzer Schüttelfrost.	
	38,2	96		
18. II.	38,0	82	Hat gut geschlafen, fühlt sich etwas wohler.	
	38,5	108	Im Laufe des Nachmittags keine Änderung. Puls dikrot.	
19. II.	38,0	92	Hat wenig geschlafen. Fühlt sich sehr matt. Das rechte Bein etwas stärker geschwollen, auch links etwas Ödem. Decubitus etwas vergrössert.	
	39,2	120	Fühlt sich gegen Abend sehr matt.	
20. II.	36,8	106	Hat ruhig geschlafen. Keine subjektiven Beschwerden.	
	37,6	96	Ödeme bestehen noch. Klagt über Hitzegefühl.	
21. II.	37,0	80	Hat ziemlich gut geschlafen. Seit gestern nichts genossen. Ödem und Decubitus unverändert. Nachmittags ein Schüttelfrost. Tagsüber hat sie nichts genossen.	
	38,9	120		
22. II.	37,6	88	Hat gut geschlafen. Kein Erbrechen, Schüttelfrost oder Schmerz.	
	37,8	96	Ödem besteht noch. Appetit reger.	
23. II.	37,6	102	Hat gut geschlafen; während der Nacht ein Schüttelfrost. Appetit gering. Etwas Schmerz in den Beinen.	
	38,5	110	Stuhl nicht erfolgt, Exurese täglich. Lässt beides unter sich.	
24. II.	37,6	86	Gestern Abend sehr heftiger Schüttelfrost. Nachts sehr unruhig. Lippen zeigen einzelne borkige Effloreszencen. Aussehen noch immer kachektisch.	
	38,4	90	Decubitus und Ödeme ohne Verminderung.	

Tag	Temp.	Puls	Wochenbett	Ordination
25. II.	37,4	82	Hat gut geschlafen. Subjektives Befinden gut. Aussehen sehr kachektisch. Wangen tief eingesunken. Ödeme noch vorhanden. Appetit etwas reger. Urin und Fäces lässt sie immer noch unter sich.	
	37,8	90	Am Abend keine Änderung.	
26. II.	37,0	80	Sie reagiert kaum auf Anruf; liegt teilnahmslos da. Gesicht eingefallen. Gesichtsausdruck sehr ängstlich. Trockene Brocken an den Lippen. Mund halb geöffnet. Ödem der unteren Extremitäten besteht noch. In den hinteren unteren Partien beider Lungen trockenes Rasseln. Milz deutlich vergrössert. Puls sehr klein: 130. Krampfhaft beschleunigte Atmung: 60. Ödem des rechten Fusses ist stärker. Seit Morgens 8½ Uhr ist sie ohne Bewusstsein, vollkommen benommen. Sie stöhnt ab und zu. Um 11 Uhr 50 Min. tritt Exitus letalis ein am 47. Tage.	

Die Sektion ergab folgenden Befund.

Subacute Septicopyaemia puerperalis, ausgehend von einer ausgedehnten Thrombophlebitis septica der Venen des Uterus, des Plexus pampiniformis, der Hypogastrica und unteren Hohlvene mit sekundärer Fortsetzung in sämtliche Hauptäste der V. cava inf., iliaca ext. cruralis, renalis. — Grosse embolisch-metastatisch-jauchig-eitrige Abcesse beider Unterlappen und des linken Oberlappens der Lunge. Sekundäre serofibrinöse und eitrige Pleuritis beiderseits mit etwas flüssigem Exsudat links. Höchstgradige Anämie. —

II. 1. IV. 1893. Journal-Nr. 239.

W. M., 42 Jahre alt, XIV. p.

Am 26. III. hatte sich die Schwangere wegen sehr starker Blutungen in die Klinik begeben, wo sie tamponiert wurde.

Da die Blutung nicht wiederkehrte, wurde sie nach zwei Tagen entlassen. Am 29. kam sie wegen erneut auftretender Blutung wieder in die Klinik, wo bei innerer Untersuchung Placenta praevia diagnostiziert wurde. Die Tamponade wurde am 29., 30. und 31. erneuert. Am 1. IV. mittags trat mit Beginn der Wehen eine neue Blutung auf, die bald sistierte. Abends erfolgte die Geburt eines im zweiten Grade asphyktischen Kindes. Die Placenta löst sich nicht, wird jedoch, da keine Blutung eintritt, im Uterus gelassen. Sie wird 24 Stunden p. p. nach wiederholten vergeblichen Credéversuchen, die auch in Narkose ohne Erfolg waren, manuell entfernt. Es musste ein zweites Mal in den Uterus eingegangen werden, um ein zurückgebliebenes Stück der Placenta zu entfernen. Danach wurde die Uterushöhle mit warmer Lysollösung ausgespült. Eine Eisblase kam auf das Abdomen und der Unterkörper wurde hochgelagert. Wegen starken Frostes Entfernung der Eisblase. Der Uterus erschlafft nach jeder Kontraktion, die durch Reiben hervorgerufen wird.

Das Wochenbettjournal beginnt erst mit dem 5. IV.

Tag	Temp.	Puls	Wochenbett	Ordination
5. IV.	39,4	140	In der vorhergehenden Nacht hatte sie einen rasch auftretenden Collaps, bei dem die Temperatur auf 40,2 stieg. Sie hat übelriechenden Ausfluss, leichte Empfindlichkeit des Abdomens, ist ziemlich aufgeregt.	2 Spritzen Campher. Hoffmannstropfen. Antipyrin. Kalte Umschläge. Scheidenspülung.
6. IV.	39,0	110	Sie ist stark kollabiert. Das ganze Abdomen, besonders seitlich vom Uterus, sehr empfindlich, leichte Verhärtung links. Peritonitisches Exsudat ist zweifelhaft.	Scheidenspülung. Hoffmannstropfen.
7. IV.	37,6	120	Leicht soporös, spricht vor sich hin, stöhnt, gibt jedoch auf Fragen Auskunft. Deutliche Resistenz in der rechten Häfte des Abdomens.	Eisblase aufs Herz und Abdomen. 1,0 Chinin. Scheidenspülung.

Tag	Temp.	Puls	Wochenbett	Ordination
7. IV.			Bei rechter Seitenlage ist der Perkussionsschall über der ganzen rechten Hälfte des Abdomens gedämpft und zwar am auffallendsten in den abfallenden Partien. Die Dämpfungsverhältnisse ändern sich kaum bei Lageveränderungen. Das ganze Abdomen stark druckempfindlich.	
	37,9	124	Gegen Abend starker Schüttelfrost. Sie ist unruhig und ohne Besinnung.	
8. IV.	36,6	108	Bis Mitternacht unruhig. Nach einer Morphiuminjektion wird sie ruhiger. Morgens ist sie völlig apathisch; nimmt keine Nahrung zu sich.	
9. IV.			Sie stöhnt und schreit des Nachts fortwährend, erhält eine Spritze Morphium. 7 Uhr 30 Min. morgens tritt Exitus letalis ein.	

Die Autopsie ergibt:

Septhämie und Endometritis puerperalis; Nephritis parenchymatosa acuta, Degeneratio parenchymatosa hepatis, Tumor lienis acutus, Pneumonia lobularis dextra.

III. 16. I. 1898. Journal-Nr. 47.

L. L., 28 Jahre alt, I. p.

Nach 36stündiger Dauer der ersten und 10 Stunden 25 Minuten lange Dauer der zweiten Geburtsperiode, die sich beide durch Wehenschwäche und Schwäche der parturiens auszeichneten, erhält sie nach der Geburt des Kindes 0,075 gr Ergotin subcutan zur Erregung einer stärkeren Kontraktion des Uterus, der ausserdem kräftig massiert wird. Dann erhält sie dieselbe Dosis Ergotin und eine Eisblase aufs Abdomen. Um 4 Uhr 30 Minuten erschlafft der Uterus erheblich und steigt bis zur Mitte zwischen Nabel und Processus

xiphoideus empor, wobei Parturiens blasser wird. Durch Reiben auf den Fundus wird aus dem Uterus eine erhebliche Menge Blutcoragula herausgepresst. Der Uterus bleibt auffallend schlaff. Die Credéversuche zwecks Entfernung der Placenta misslingen. 4 Uhr 45 Minuten trotz heisser Spülungen und kräftiger Massage bleibt der Uterus schlaff. Bisher wurde ungefähr ein Liter Blut entleert. Auch ein Credéversuch in Narkose ist erfolglos. Die Blutung sistiert nicht. Um 5 Uhr 45 Minuten wird die Placenta manuell entfernt. Da sich der Uterus danach noch nicht kontrahiert, wird er mit Jodoformgaze fest tamponiert. Der Uterus fühlt sich sehr weich an. Patientin sieht sehr bleich aus, Puls klein und frequent, 120. Die Atmung ist schnappend. Die Extremitäten werden hochgelagert. Sie erhält mehrere Kochsalzeinläufe per rectum, Campher subcutan und Cognac. Puls und Befinden heben sich, jedoch nur vorübergehend. Uterus über der Tamponade schlaff. Dieselbe wird erneuert. Die herausgenommene Gaze ist wenig blutgetränkt. Die zweite Tamponade erfolgt nicht in Narkose. Nach derselben ist der Uterus gut kontrahiert. Der Puls wird immer kleiner, die Atmung frequenter. Patientin klagt fortwährend über Luftmangel und erbricht die genommenen Gaben, Wein und Cognac. Sie erhält nochmals Kochsalzeinläufe ins Rectum. Sie wird mit warmen Tüchern umhüllt und erhält Wärmflaschen. Sie erhält wegen der bedrohlichen Collapserscheinungen circa 30—40 Campher und circa 15 Ätherinjektionen. Alles ohne Erfolg. Sie verfällt mehr und mehr. Die Atmung wird dyspnoisch, der Puls schlechter.

Um $9^3/_4$ Uhr a. m. tritt Exitus letalis ein.

Ein Sektionsbefund liegt nicht vor.

IV. 20. III. 1898. Journal-Nr. 266.

R. M., 20 Jahre alt, I. p.

Nach der Geburt, die um 5 Uhr 45 Minuten p. m. erfolgte

und zwar in erster Schädellage ohne Komplikationen, kontrahiert sich der Uterus nicht gut und es erfolgt eine starke Blutung. Credéversuche sind ohne Erfolg. Bis 8 Uhr p. m. beträgt der Blutverlust 2300 gr. Da die Blutung jetzt steht, wird von einem Eingriff Abstand genommen. Sie erhält 0,075 Ergotin subcutan. Sie erhält wegen der Anämie Kochsalzeinläufe per rectum und 1 Liter subcutan sowie eine Spritze Campher. Um 8 Uhr 30 Minuten p. m. wird nach weiterem Verlust von 160 gr Blut die manuelle Lösung ohne Narkose vorgenommen. (Die Anämie hat zugenommen, Puls ist kleiner und frequenter geworden, Sensorium frei.) Die Placenta, die an der vorderen Uteruswand sass, ist sehr schwer ablösbar. Nach Herausnahme derselben stellt sich heraus, dass ein kleines Stück fehlt, welches mit den Eihäuten bei einem zweiten Eingehen in den Uterus entfernt wird. Der Blutverlust bei der Operation betrug circa 50 gr. — Da der Uterus sich nicht kontrahiert und auf Druck sich immer etwas dunkelflüssiges Blut entleert, wird der Uterus fest mit steriler Gaze, die Vagina mit Salicylgaze tamponiert. Durch die Tamponade blutet es nicht hindurch. Die Beine werden hochgelagert. Sie erhält 0,075 gr Ergotin subcutan und 2 Liter Kochsalzeinlauf, den sie nur teilweise bei sich behält. Subcutan erhält sie 1 Liter Kochsalzlösung, circa 20 Campher und 12—15 Ätherinjektionen. Sie erhält Cognac mit Ei, Thee und wird mit Wärmflaschen und heissen Tüchern erwärmt. Puls und Allgemeinbefinden werden immer schlechter. Um 9 Uhr 30 Minuten p. m. ist der Puls nicht mehr fühlbar. Sie wird unruhig, das Sensorium wird benommen.

Um 9 Uhr 45 Minuten p. m. tritt Exitus letalis ein.

Der Sektionsbericht gibt folgenden Befund.

Tod durch Verblutung von der Placentastelle aus. Excessive Anämie aller Organe. Trübe Schwellung der Nieren.

V. 4. VII. 1899. Journal-Nr. 739a.

K. C., 26 Jahre alt, I. p.

3 Uhr 30 Minuten p. m. wird der Anstalt eine Parturiens überwiesen, welche morgens 11 Uhr durch Forceps entbunden war. Es war dabei ein Dammriss gesetzt worden, der an der hinteren Kommissur von der Cervix bis zum Anus reichte, so dass ein Teil Rectumschleimhaut blosslag. Die Placenta war adhärent und musste manuell gelöst werden. Die Blutung war durch Atonia uteri und den Dammriss so profus, dass Patientin mehrere Male kollabierte. Sie erhielt reichliche Excitantien, Äther, Wein und schwarzen Kaffee. Wegen der starken Blutung wurde der Dammriss nicht vernäht, sondern nur Rectum und Vagina mit steriler Gaze tamponiert. Bei der Aufnahme in den Kreissaal war der Puls kräftig, dabei sehr beschleunigt, 132, Temperatur 37,3. Da eine neue Blutung befürchtet wurde, wurde von der primären Naht abgesehen. Die Tamponade bleibt aus demselben Grunde liegen. Sie erhielt wegen Schlechterwerden des Pulses zwei Spritzen Campher subcutan.

Wochenbericht.

Tag	Temp.	Puls	Wochenbett	Ordination
4. VII.			Sie ist wegen ihres schwachen Zustandes nicht untersucht. Sie ist stark cyanotisch u. leicht ikterisch verfärbt. Puls hart, gut, regelmässig.	
5. VII.	38,5	126	Sie hat etwas geschlafen, fühlt sich wohl. Die Wundränder werden mit Seitenhebeln freigelegt. Die hintere Cervixlippe war in einer Länge von 6—8 cm eingerissen. Sie wird mit zehn Catgutfäden vernäht. Die Risse in der hinteren Vaginalwand werden durch versenkte Nähte geschlossen. Die Rectumschleimhaut ist intakt; der Damm bis $2^1/_2$ cm vor dem Rectum eingerissen, wird mit vier Filae Floreure-Nähten geschlossen.	Campher. Kochsalzinfusion 500 ccm. Eisstückchen. Wein mit Wasser. 0,5 Chinin.

Tag	Temp.	Puls	Wochenbett	Ordination
5. VII.			Während der Operation stieg der Puls einigemale auf 170. Befinden dennoch gut, etwas matt.	
	38,8	132	Fühlt sich matt, hat keine Beschwerden. Puls kräftig, regelmässig.	
6. VII.	38,0 39,4	108 120	Hat etwas geschlafen. Kopfschmerzen. Ödem des Dammes. Puls etwas beschleunigt, kräftig. Geringe Druckempfindlichkeit im rechten Parametrium. Fühlt sich matt.	Katheterisiert. Chinin 0,5. Bleiessigumschläge.
7. VII.	39 2	134	Hat etwas geschlafen. Schmerzen rechts im Abdomen, wo eine Resistenz fühlbar. Atmung ruhig. Puls kräftig, Lochien riechend. Urin ergibt bei mikroskopischer Untersuchung zahlreiche granulierte Cylinder, zerfallene rote und weisse Blutkörperchen, harnsaures Natron. + E — Z.	Katheterismus. Vaginalspülung. 0,5 Chinin. Ricinusöl. Kochsalzeinlauf. 500 ccm u. 400 ccm. Zwei Spr. Campher.
	40,0	126	Befinden etwas besser.	
8. VII.	39,0 39,9	120 148	Hat nicht geschlafen. Schmerzhaftigkeit im Abdomen ausgebreitet, jedoch nicht mehr so intensiver Meteorismus. Nachts einmal Stuhl. Urin kann spontan gelassen werden. Ödem der Vulva.	Vaginalspülung. Katheterismus. Kochsalzeinlauf. Zwei Spr. Campher. 0,005 Morphium.
9. VII.	38,8	120	Hat gut geschlafen, fühlt sich wohler. Ödem geringer. Schmerzhaftigkeit des Abdomens geringer. Im Vaginaleingang breite schmierig belegte Ulcera.	0,5 Chinin. Vaginalspülung. Zwei Spr. Campher. Pulv. liquir. comp. 0,005 Morphium.
	39,8	120	Leibschmerzen. Urin und Stuhl erfolgen sponton.	
10. VII.	38,8 40,1	120 132	Gut geschlafen. Da die Nähte im Damm einschneiden, werden sie entfernt. Der Damm ist zum Teil unvereinigt geblieben. Wundränder speckig belegt. Starkes Hitzegefühl. Kopfschmerzen. Lässt Urin und Kot unter sich gehen.	Vaginalspülung. Airol. 500 Na Cl-Einlauf. 0,5 Chinin. Vier Spr. Campher. 0,005 Morphium.
11. VII.	39,7 39,6	120 120	Hat wenig geschlafen. Leibschmerzen. Kopfschmerzen. Puls etwas unregelmässig.	500 ccm NaCl-Einlauf. Zwei Spr. Campher. Airol.

Tag	Temp.	Puls	Wochenbett	Ordination
12.VII.	39,1	138	Sie hat wenig geschlafen, fühlt sich sehr matt. Kopfschmerzen. Abdomen bis zum unteren Sternalrand druckempfindlich. Puls kräftig, gespannt, regelmässig. Abends vorher Brechreiz.	0,5 Chinin. Vaginalspülung. Vier Spr. Campher. 0,005 Morphium.
	39,1	126	Gegen Mittag Befinden besser; später andauerndes Mattigkeitsgefühl.	
13.VII.	39,1	150	Wenig geschlafen. Fühlt sich matt. Starke Leibschmerzen.	0,5 Chinin. 0,005 Morphium. Vier Spr. Campher. Eine Spr. Morphium.
		150	Puls fadenförmig. Sie ist sehr schwach. Atmung erschwert, beschleunigt, 40 per Minute. Angstgefühl.	
			3 Uhr p. m. tritt Exitus letalis ein.	

Der Sektionsbefund ist folgender.

Sepsis puerperalis, ausgehend von ausgedehnter Zerreissung der Vaginalportion des Uterus, der Scheide und des Dammes. Eitrige Metrolymphangitis und Perimetritis, beginnende Thrombophlebitis im Plexus pampiniformis links. Diffuse eitrige Peritonitis beiderseits fortgeleitet. Beginnende Pleuritis. Trübe Schwellung der Leber und rechten Niere. Atrophie der linken Niere bei Nephrolithiasis. Terminales Ödem der unteren Lungenabschnitte. —

Betrachten wir den Verlauf des Wochenbettes, den die vorliegenden Fälle bieten, so erhalten wir folgendes Bild. Die Fälle 1—13 verhalten sich so, wie sich ein jedes normale Wochenbett verhalten soll. Die Temperatursteigerung hält sich innerhalb der physiologischen Grenzen. Nur die Dauer der Behandlung war eine längere, als sie bei den Geburten ist, welche normal verlaufen.

Auch die Fälle, welche mit subfebrilen und febrilen Temperaturen einhergehen, bieten nicht viel Abweichendes. Sehr oft kommen nach normal verlaufenen Geburten Tempe-

raturen vor, welche das physiologische Mass überschreiten. Die Beschwerden, über die einzelne Wöchnerinnen zu klagen hatten, sind solche, wie sie auch nach normalen Geburten sich einstellen, so z. B. Kopfschmerz oder Leibschmerz, der sehr oft bei Mehrgebärenden auftritt. Der mehrmals aufgetretene eitrige oder übelriechende Ausfluss ist wohl auf eine Einschleppung von Fäulnisbakterien zurückzuführen, welche trotz der Asepsis und Antisepsis sich haben entwickeln können. Der auftretende Schwindel, das Erbrechen und Ohrensausen sind Folgezustände, die ein grosser Blutverlust, der in allen diesen Fällen stattgehabt hat, nach sich zieht. Die Schmerzen in den Perametrien, die leichten Fröste und das Erbrechen sind sehr oft Teilerscheinungen einer Parametritis, die vielleicht in diesen Fällen bestanden hat und zu keinen weiteren Komplikationen geführt hat. Die Länge der Behandlungszeit geht nicht viel über die Dauer des Wochenbettes nach normal verlaufenen Geburten hinaus.

Die fünf Fälle, welche letal endigten, verdienen ein besonderes Interesse. Wir müssen von vornherein eine Trennung in die Fälle, welche an Septicämie zu Grunde gingen, und in die, welche infolge der grossen Anämie letal endigten, vornehmen. Die Fälle I, II und V zeigen in ihrem Verlauf das genaue Bild, welches uns die Septhämie stets bietet. Die bei den Patientinnen auf Grund des Befundes gestellten Diagnosen wurden durch die anatomische Diagnose in jeder Weise bestätigt. Namentlich Fall I bietet in seinem Verlauf das typische Bild einer metastatischen Puerperalmykose. Bei Fall III und IV ist die Todesursache die durch den Blutverlust entstandene Anämie. Der Sektionsbefund von Fall IV stellt auch diese anatomische Diagnose. Zwar bot Fall III mit einer Blutung von 1400 gr nur das Bild einer schweren Blutung. Dieser Verlust kann jedoch bei schwachen Individuen die Todesursache sein. Fall IV hingegen bietet mit einem Ver-

lust von 2300 gr Blut das Bild einer lebensgefährlichen Blutung.

Die künstliche Lösung der Placenta fiel in diesen Fällen mit folgenden Anomalien der Geburt oder folgenden Operationen zusammen. Die künstliche Lösung wurde dreimal nach Abortus, fünfmal nach Partus immaturus vorgenommen. In vier Fällen musste der Forceps angelegt werden. Die Wendung mit Extraktion erfolgte in sechs Fällen, die Cranioclasie und Perforation in einem Falle. Placenta praevia war in vier Fällen als Komplikation vorhanden, von denen einer, Nr. II, letal endete.

Bei einer Wöchnerin, Nr. 1, 14 und 20, musste dreimal die Placenta künstlich gelöst werden, einmal war dieselbe retinirt, die beiden anderen Male gaben Blutungen die Indikation zum Einschreiten.

Die vorliegenden Fälle verteilen sich, wie folgt, auf die einzelnen Jahre:

1890	949	Geburten	mit	2	Fällen
1891	1034	„	„	5	„
1892[1])	915	„	„	4	„
1893	938	„	„	4	„
1894	949	„	„	3	„
1895	964	„	„	3	„
1896[1])	1045	„	„	1	„
1897	1149	„	„	4	„
1898	1240	„	„	3	„
1899	1340	„	„	4	„
1900	1425	„	„	6	„
	11948	Geburten	mit	39	Fällen.

[1]) Nachträglich fand ich in der Litteratur eine Inauguraldissertation von H. Münnekehof, München 1897: „Die Fälle von künstlicher Lösung der Placenta nebst Erfolgen an der Münchener Universitäts-Frauenklinik 1892—1896“, welche die von mir in dem gleichen Zeitraum angeführten Fälle als Gegenstand der Behandlung hat.

Auf etwas über 1000 Geburten fielen drei Fälle von künstlicher Lösung der Placenta, was einem Prozentsatz von 0,326 % der Gesamtzahl entspricht.

Das Resultat ist im ganzen ein günstiges zu nennen, da von den 39 Fällen in 34, also 87,18 %, Genesung eintrat, und die übrigen 12,82 % letal endigten.

Im Vergleich zu einer früheren Statistik v. Winckels (c. f. oben) erhalten wir ein bedeutend günstigeres Bild. Damals hatte v. Winckel auf circa 8500 Geburten 50 Fälle von künstlicher Lösung der Placenta, d. h. 0,588 % der Gesammtzahl, von denen neun, d. h. 18 % letal endeten.

Wenn eine genaue Kontrolle des Blutverlustes durchgeführt würde und stets die Operation unter striktester Anwendung der Asepsis und Antisepsis vorgenommen wird, lassen sich sicher noch günstigere Resultate erzielen. Jedenfalls steht die künstliche Lösung der Nachgeburt, was die Mortalität der Mutter anbelangt, in der Reihe der geburtshilflichen Operationen an letzter Stelle. Während die Mortalität der Mutter nach künstlicher Frühgeburt 2,2 %, nach Wendung und Extraktion 4,8 %, nach Anwendung des Forceps 4,4 % und nach dem Kaiserschnitt sogar 8,6 % beträgt, erreicht sie hier eine Höhe von mehr als 12 %. Man soll sich daher nur im äussersten Notfall, bei strengster Indikation, zu diesem Verfahren entschliessen, da es von sämtlichen intrauterinen Eingriffen der bei weitem folgenschwerste ist.

Zum Schlusse meiner Arbeit erlaube ich mir, meinem hochverehrten Lehrer, Geh.-Rat Prof. Dr. v. Winckel, für die gütige Überweisung des Themas und die freundliche Überlassung des Materials, sowie Herrn Dr. Kamann für die mir gütigst erteilten Ratschläge meinen ehrerbietigen Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit wurde am 22. Dezember 1878 als Sohn des Kaufmanns Theodor Rosenthal zu Hannover geboren. Er besuchte dort das Lyceum I, welches er Ostern 1897 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Er besuchte die Universitäten Heidelberg und München, wo er am 31. Januar 1902 das medizinische Staatsexamen beendete.